

**Основи психологічної
допомоги
військовослужбовцям в
умовах бойових дій**

Анотація

У методичному посібнику викладено основні концепції та моделі стресу, загальні механізми його розвитку, розкрито поняття травматичного та бойового стресу та висвітлено прояви бойової психічної патології.

Запропоновано заходи з профілактики негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, а також надано рекомендації щодо надання психологічної допомоги в умовах бойових дій.

**ОСНОВИ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ**

МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Видавництво
«К Н Т»
Київ – 2023

УДК 159.9:159.96

О-75

Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій:
О-75 методичний посібник. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. —
Київ: «КНТ», 2023. — 168 с.

ISBN 978-611-01-2854-4

У методичному посібнику викладено основні концепції та моделі стресу, загальні механізми його розвитку, розкрито поняття травматичного та бойового стресу та висвітлено прояви бойової психічної патології.

Запропоновано заходи з профілактики негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, а також надано рекомендації щодо надання психологічної допомоги в умовах бойових дій.

ISBN 978-611-01-2854-4

ЗМІСТ

Вступ	5
РОЗДІЛ 1. КРИЗА, КРИЗОВА ПОДІЯ, КРИЗОВА СИТУАЦІЯ, КРИЗОВИЙ СТАН, КРИЗОВЕ РЕАГУВАННЯ: СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ	7
РОЗДІЛ 2. СТРЕС. КОНЦЕПЦІЇ ТА МОДЕЛІ СТРЕСУ ...	13
2.1. Загальні механізми розвитку стресу	13
2.2. Стадії розвитку загального адаптаційного синдрому	18
2.3. Динаміка розвитку стресу	22
2.4. Розгортання стрес-реакції в часі	24
2.5. Основні концепції стресу	24
2.6. Психологічний та емоційний стрес	26
РОЗДІЛ 3. СТРЕС І ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ	32
3.1. Травматичний стрес	32
3.2. Психотравма як наслідок травматичного стресу ..	41
3.3. Поняття бойового стресу	44
3.4. Змінені психічні стани військовослужбовців, викликані бойовий діями	54
3.5. Бойова психічна травма	62
3.6. Критерії діагностики бойової психічної травми ..	71
3.7. Динаміка розвитку бойової психічної патології. ...	86
3.8. Прояви бойової психічної патології	89
3.9 Психотравмуючі фактори локального військового конфлікту	94
РОЗДІЛ 4. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	102
4.1. Використання технології багатомірного скринінгу ..	105

4.2. Прогнозування розвитку у військовослужбовців патологічних станів, пов'язаних з негативним стресом бойових дій	108
4.3. Прогнозування розвитку негативних психічних станів військовослужбовців на підставі їх індивідуально-особистісних особливостей	115
РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ	119
Додатки	156
Література	161

ВСТУП

У зв'язку з подіями, які пов'язані із загрозою територіальній цілісності України, наша держава проводить антитерористичну операцію на сході країни, в ході якої задіяні десятки тисяч осіб.

Події ж, які відбуваються в зоні проведення АТО характеризуються високою інтенсивністю, напруженістю, швидкоплинністю. За цих умов психіка військовослужбовців функціонує на межі допустимих навантажень. Виснаження призводить до зниження ефективності функціонування діяльності в екстремальних умовах збройного протистояння, психічних травм і психічних розладів короткочасного чи довготривалого характеру.

Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей їх копінг-поведінки. Значимість впливу на психіку військовослужбовців тих чи інших бойових стресорів та можливий розвиток наслідків переживання бойової психічної травми визначається їх індивідуально-психологічними особливостями і особистісними властивостями, рівнем психологічної та професійної підготовки до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприйняття військовослужбовцями місця і ролі бойових дій в історії та перспективі їх системи життєдіяльності. В свою чергу, ефективність копінг-поведінки військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки; характеру використовуваних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому; наявності у військовослужбовця досвіду копінг-поведінки в бойовій обстановці і його змісту.

Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, в силу їх соціально-економічних наслідків для країни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів.

На сьогодні існує гостра необхідність впровадження та активного використання ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, з метою попередження порушення психічного здоров'я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу.

Даний методичний посібник розроблено з метою полегшити роботу командирів, заступників командирів по роботі з особовим складом, психологів та інших фахівців, які працюють в рамках даної проблематики. Рекомендації, представлені в методичному посібнику націлені на удосконалення психологічної роботи з профілактики негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців та надання психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій.

РОЗДІЛ 1

КРИЗА, КРИЗОВА ПОДІЯ, КРИЗОВА СИТУАЦІЯ, КРИЗОВИЙ СТАН, КРИЗОВЕ РЕАГУВАННЯ: СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ

Військовослужбовці, які виконують бойові завдання в зоні АТО, перебувають в умовах, що характеризуються надекстремальним впливом різного роду стресорів на психіку, які часто призводять до виникнення у них травматичного стресу, психологічні наслідки якого в своєму граничному прояві виражаються в посттравматичних стресових розладах.

У науковій літературі більшість понять, пов'язаних із вказаною проблемою, використовуються як синоніми, а іноді ці ж самі поняття, у використанні інших авторів, мають дещо інше змістовне навантаження. Розглянемо основні з них.

Поняття **“криза”** (від грец. *krisis* – рішення, поворотний пункт, результат) – переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан. Часто в літературі поряд з поняттям “криза”, використовуються такі поняття як “кризова ситуація”, “надзвичайна ситуація”, “кризова подія”, “травматична подія”, “травмуюча подія” “критичний інцидент”, “травматичні ситуації” та ін.

Психологічне та клінічне визначення кризи різняться між собою. Психологи розуміють кризу як гострий емоційний стан, що виникає внаслідок блокування цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості [48]. Характерним є те, що людина не може подолати кризу способами, які відомі їй з минулого досвіду.

У клінічній теорії кризи це поняття використовується для позначення такої реакції на небезпечні події, яка переживається як хворобливий стан [20].

На думку Г. Олпорта, **криза** – це ситуація емоційного і розумового стресу, що потребує значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу. Найчастіше подібний перегляд уявлень призводить до зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер.

Особистість, яка знаходиться в кризі, не може залишатися незмінною; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи знайомими, шаблонними категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування.

Необхідною умовою виникнення кризи є значні емоційні навантаження, блокування найважливіших потреб індивіда і його специфічна особистісна реакція на це [36].

В ситуації кризи, під час спроби взяти під контроль свій стресовий стан, людина переживає певний вид фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стреси можуть призводити або до опанування новою ситуацією, або до зриву і погіршення виконання життєвих функцій. Хоча деякі ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, вони стають кризами для тих, хто схильний до них в силу особистісних особливостей.

У психологічній літературі представлені різноманітні класифікації **“складних” ситуацій**: критичні ситуації (Ф. Василюк); ситуації фізичної небезпеки, ситуації невідомості (К. Левін); афектогенні життєві ситуації (Ф. Бассін); конфліктні ситуації, що призводять до психологічної кризи (А. Амбрумова); важкі ситуації (А. Анцупов, А. Шпілов), кризові (травматичні) події (Л. Пергаменщик) та ін.

Основними ознаками **кризової (травматичної, стресової)** події, на думку Л. Пергаменщика, є: раптовість настання цієї події; наднормативний для даної людини, для даної ситуації зміст події; виникнення внутрішньоособистісного, міжособистісного або міжгрупового конфлікту, який потребує оперативного розв’язання і відсутність у людини досвіду вирішення конфлікту такого рівня; динамічні, прогресуючі зміни в ситуації, в умовах життєдіяльності, в соціальних ролях; ускладнення процесів життєдіяльності у зв’язку з появою невідомих раніше невизначених елементів життєдіяльності, що не мають аналогів в досвіді людини; перехід ситуації у фазу нестабільності, вихід до меж адаптаційних ресурсів людини.

Отже, кризова подія – це подія, що виходить за межі звичайного людського досвіду, руйнує звичайні стереотипи поведінки і спричиняє перебудову структури особистості.

Психологічний аналіз цього поняття дозволяє виділити основні параметри кризової (травматичної) події:

- 1) несприятливі умови для життєдіяльності;
- 2) подія має загрозливий характер;
- 3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;
- 4) виснаження адаптаційних ресурсів і “прорив” адаптаційного бар’єру;
- 5) зміна динамічних стереотипів поведінки;
- 6) кризовий стан особистості [40].

На думку Є.В. П’ятницької, травматична подія має місце тоді, коли вона пов’язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або будь-якою іншою загрозою фізичній цілісності; причому дана подія може стосуватися людини прямо або опосередковано – через значимих осіб [49].

Н.В. Тарабріна, в межах цієї проблематики, пропонує використовувати поняття “травматичні ситуації” – це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив і вимагають від індивіда величезних зусиль щодо опанування ними. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від декількох хвилин до декількох годин), або тривалими чи такими, що регулярно повторюються.

Залежно від цього, можна виділити два типи травматичних ситуацій [71].

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія (сексуальне насильство, природні катастрофи, дорожньо-транспортна пригода, снайперська стрілянина та ін.). Подібні події залишають незгладимий слід в психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких присутні ті чи інші аспекти події), сліди в пам’яті носять яскравий і конкретний характер. Вони, з великим ступенем ймовірності, призводять до виникнення типових симптомів ПТСР: до нав’язливої розумової діяльності, пов’язаною з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності. При такій події, з великим ступенем ймовірності, проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (фізичне або сексуальне насильство, які повторюються,

бойові дії та ін.). Спогади про таку подію характеризуються неясністю і неоднорідністю внаслідок дії дисоціативного процесу. З часом, дисоціація може стати одним з основних способів подолання травматичної ситуації. Результатом впливу травми подібного роду може стати зміна “Я – концепції” і образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки. Дисоціація, заперечення, відстороненість, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами можуть виступати, як спроба захиститися від нестерпних переживань.

Кризові ситуації слід сприймати як попередження про те, що потрібно щось зробити, поки не сталося щось гірше.

Р.В. Овчарова також виділяє два основних типи кризових ситуацій: обумовлені змінами в звичайному життєвому циклі або травмуючими подіями життя (війни, стихійні лиха та ін.) [36].

За А.А. Осіповою розрізнення двох типів кризових ситуацій має відбуватися в залежності від того, які можливості для людини вони залишають у подальшому житті. Криза першого типу пов’язана зі значним потрясінням, але яке все ж залишає можливість для виходу на звичний життєвий устрій. Криза другого типу перекреслює усі життєві замисли людини і стимулює значні зміни у її житті: особистісні, ціннісні, смислові тощо [37].

Дж. Каплан [37] вирізняє наступні стадії розвитку кризової ситуації:

- первинне зростання напруження, що стимулює звичні способи вирішення проблем;
- подальше зростання напруження в умовах, коли ці способи виявляються неефективними;
- ще більше зростання напруження, що вимагає мобілізації зовнішніх та внутрішніх ресурсів;
- якщо все сходить нанівець, особистість дезорганізується, в людини посилюється тривожність, депресія, почуття безпорадності та безнадійності;
- виникнення негативних чи позитивних змін, що призводять до деградації чи розвитку особистості, яка зіткнулась із кризовою ситуацією.

Коли психоемоційна напруга досягає своєї критичної точки, з’являється потреба в екстреній психологічній допомозі.

У результаті перебування людини у кризовій ситуації у неї може розвинутися кризовий стан.

Кризовий стан – психічний стан людини, яка раптово зазнала суб'єктивно значимої травми (внаслідок непередбачуваної зміни життєвого ладу, внутрішньоособистої картини світу), або яка знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації [80].

Кризовий стан не входить до категорії хворобливих порушень і розглядається як нормальна реакція людини на аномальні події [55].

Кризове реагування – реакція на яку-небудь кризову подію, яка відображає суб'єктивну значимість цієї події для індивіда, у вигляді тривоги, страху, фрустрації.

Характеристика соматичних проявів кризи. Людина може відчувати фізичні проблеми: нудота і блювота, мимовільне випорожнення кишківника і сечовипускання, сухість у роті, потовиділення, тремтіння, серцебиття, утруднене дихання, запаморочення, позиви до сечовипускання, безсоння і нервова збудливість. Ці проблеми можуть розвиватися досить швидко, можливо навіть під час події, але, як правило, безпосередньо після неї. Вказані симптоми також можуть проявитися через певний проміжок часу, часто у вигляді нападів, спричинених певним нагадуванням про катастрофу, яке призводить до повторного переживання події.

Характеристика психологічних реакцій при кризах. У постраждалого, як правило, виникають афективні (неспокій, плач, гнів, сміх, передчуття, відчуття хаосу) і когнітивні реакції (змінюється сприйняття часу – час зупиняється; з'являється відчуття нереальності – “це відбувається не зі мною”, “вихід зі свого тіла”, “як у кіно”, “наче робот”); з'являється надмірна увага до деталей – суперпам'ять; звужується свідомість і погіршується пам'ять). Людина може переживати емоційне зняковіння і страх від розумового божевілля і втрати контролю. Типовими є труднощі з концентрацією уваги і втратою пам'яті, виникнення нічних кошмарів.

Характеристика соціальних і поведінкових реакцій при кризах. Поведінкові реакції: метушливість, гіперактивність, дратівливість, нервозність, втрата ініціативи, апатія. Багато людей стають неспокійними, гіперактивними, дратівливими, відчувають душевну порожнечу і відсутність ентузіазму. Внутрішній хаос часто виявляється у фізичному неспокої. Деякі впадають в повну

апатію. Паніка та агресія можуть розвинутиися безпосередньо після події. У посттравматичний період більшість постраждалих відчувають нервозність і підвищену чутливість до несподіваних звуків, світла або різких рухів. Вони завжди напружені і відчувають, що “зараз це знову станеться”. Виникає потреба бути поряд з тими, кого вони люблять або навпаки, бути на самоті.

Слід зазначити, що кризова (травматична подія) порушує почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого можуть бути різноманітними.

РОЗДІЛ 2

СТРЕС. КОНЦЕПЦІЇ ТА МОДЕЛІ СТРЕСУ

Історично дослідження стресу і травматичного стресу проводилися в різних напрямках, хоча, безумовно, мали точки перетину.

2.1 Загальні механізми розвитку стресу

Центральним положенням першої концепції стресу Г. Сельє є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізації ресурсів для реакції на стресор.

Стрес (від англ. *stress* – тиск, напруга) являє собою психічний і фізіологічний стан людини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи. Ці впливи називаються **стресорами, стрес-факторами, психогенними або емоціогенними факторами.**

Стрес, що викликає порушення механізмів саморегуляції, називається **“дистресом” (порушення адаптації)**. Він пов’язаний зі “шкідливим” стресом, що призводить до “зламу” механізмів пристосування, часткового або повного порушення узгодженості діяльності систем організму. Його назва походить від грец. *di* - двічі, подвійний + англ. *stress* - тиск, напруга - вид стресу, що характеризується найбільшим ступенем вираженості, і має суттєвий негативний вплив на організм та дезорганізуючий вплив на діяльність і поведінку людини. Для нього характерним є стан емоційної напруги (психічне перенапруження), що виникає при кризових життєвих ситуаціях і перевищує за своєю інтенсивністю або тривалістю індивідуальні психофізичні й особистісні адаптивні можливості людини, що визначає, поряд з обмеженням задоволення базових потреб, появу патологічних ознак порушень розвитку і життєдіяльності.

Зазвичай дистрес є відносно короткочасним психічним станом. Однак, під впливом потужних стрес-факторів (смерть близької людини, важка травма, хвороба, воєнні дії і т.і.) він може тривати місяці. Дистрес має виражений негативний вплив на здоров'я, виступає одним з типових психічних станів, що

періодично виникають в учасників військових конфліктів. Стан дистресу може передувати самогубству. Тому вивчення впливу дистресу на поведінку і діяльність людини є важливим напрямком психологічних досліджень. У регуляції вчинків і дій людини, яка знаходиться в стані дистресу, домінуюча роль належить інстинктам і емоціям. Експериментально встановлено, що дистрес має найбільш значний руйнівний вплив на вищі психологічні функції: мислення, мову, вищі почуття та ін. Крім того, певні види стресів можуть переходити в дистрес. Так, наприклад, стрес “стомлення” або “психічної напруженості”, обумовленої включенням в тривалу діяльність, що призводить до наростаючого зниження психічної стійкості (астенізація), призводить до дистресу.

На думку Г. Сельє, саме емоційне перенапруження призводить до стану, який називається дистресом. Дистрес – це виснаження, а виснаження організму – це вже не норма, а патологія, іншими словами хвороба.

Згідно з дослідженнями А.В. Котельникової, яка вивчала ситуації вимушеної міграції переселенців, “наявний психічний дистрес” розвивається, коли цілком сформовані життєві структури руйнуються, і практично не залишається ніяких ясних і чітких орієнтирів, що визначають подальший розвиток подій. Він проявляється у сукупності ознак негативних емоційних станів (депресії, тривоги, ворожості і т.і.) [24].

“Еустрес” поєднується з бажаним ефектом – викликає позитивні емоції, які мають стеничний характер, активізує психічні процеси [59; 60; 61; 62].

У 1936 році в журналі “Nature” Г. Сельє опублікував коротке повідомлення під назвою “Синдром, викликаний різними ушкоджуючими агентами”. Всі діючі на організм агенти він поділив на специфічні (вірус грипу викликає грип) і неспецифічні стереотипні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. У 1956 році, через двадцять років після своєї першої публікації, Г. Сельє визначив стрес як **“неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, яка йому висувається, перевищуючу певний поріг”** [62]. Цей поріг для кожної людини строго індивідуальний і залежить від цілого ряду зовнішніх і внутрішніх умов. З цієї причини люди по різному реагують на вплив одних і тих самих подразників. Під неспецифічною

відповіддю розуміється стереотипна відповідь організму незалежно від природи подразника.

Г. Сельє показав незалежність процесу пристосування організму людини від характеру впливу або екстремальності. Фактори (стресори), що впливають, можуть бути самими різними, але, незалежно від своїх особливостей, вони викликають в організмі людини однотипні зміни, що забезпечують адаптацію [61]. Виходячи з гомеостатичної моделі функціонування організму, вчений розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси. Загальний адаптаційний синдром (рис.2.1) у своєму розвитку (розвиток стресу) проходить три стадії – “тріада Сельє”.

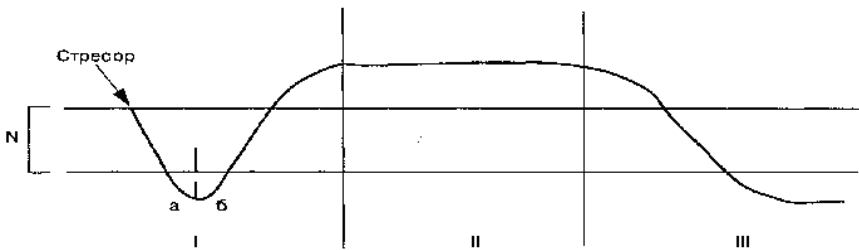


Рис. 2.1 - Зміна резистентності організму на різних стадіях загального адаптаційного синдрому

N – межі нормального рівня резистентності організму; I – стадія тривоги; II – стадія резистентності; III – стадія виснаження; а – фаза шоку; б – фаза протишоку (пояснення в тексті).

Першою стадією даного синдрому є реакція тривоги (аларм стадія), що розвивається протягом **24-48 годин після** дії стресора на організм. В її розвитку виділяють дві фази – **шоку і протишоку**.

Фаза шоку характеризується порушенням функцій низки систем організму (нервової системи, кровообігу, дихання, водно-сольового обміну, терморегуляції, метаболізму та ін.). Тому у фазі шоку відбувається зниження температури тіла, зниження м'язового тону та артеріального тиску, втрата рідини тканинами, підвищення проникності клітинних мембран та ін. Опір організму знижується.

У фазі протишоку спостерігається посилення продукування гормонів кори надниркових залоз і, тим самим, здійснюється фізіологічний захист від стресу. Включаються захисні механізми, починається мобілізація ресурсів, адаптаційних можливостей.

Відома також точка зору Л.О. Китаєва-Смика, який вважає, що першу стадію Г.Сельє назвав *alarm-reaction*, що означає “мобілізація по пожежній тривозі”, у випадку використання “поверхневої” адаптаційної енергії [62].

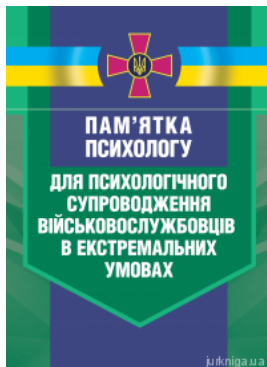
У російськомовних статтях, книгах та підручниках слово “аларм” перекладається як “стадія тривожності”, “реакція тривоги”, що, на думку Л.О. Китаєва-Смика, який протягом багатьох років листувався з Г.Сельє, є абсолютно невірним. Вчений посилається на те, що автором концепції стресу не було використано слово “тривожність” (*anxiety*). Крім того, тривожність, боязкість, неспокій можуть виникати і на інших стадіях стресу. На думку Л.О. Китаєва-Смика, на першій стадії можуть виявлятися і сміливість, і гнів, і страх [18; 19].

Друга стадія – резистентності (опору) характеризує відновлення порушених у фазі шоку функцій організму, перші ознаки чого з'являються вже у фазі протишоку. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і зцілення, або змінюється стадією виснаження. Це стадія опору або підвищеної опірності організму (може також називатися фазою адаптації).

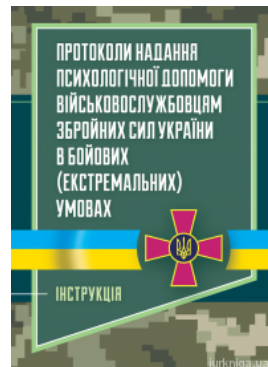
Третя стадія – виснаження **наступає через місяці або роки**, якщо стрес виявився занадто сильним або тривалим. Ця стадія характеризується виснаженням захисних ресурсів організму і поновленням загальної моделі початкової фази шоку, внаслідок чого може спостерігатися часта захворюваність, хроніфікація, більш важкий перебіг захворювань, почастішання смертельних наслідків. “Ми досі не знаємо, що саме виснажується, але ясно, що тільки не запаси калорій” писав Г. Сельє в 1979 році. На цій стадії, як і на першій, знову з'являються сигнали про незбалансованість стресогенних вимог. На стадії виснаження знижується опірність, в якій виявляється неспроможність захисних механізмів організму і посилюється порушення узгодженості життєвих функцій, тобто настає їх неузгодженість, дезінтеграція (наслідок тривалого і/або надмірного стресу веде до патології) (прорив адаптаційного бар'єру, згідно з концепцією Г.Сельє). Третя стадія розвитку стресу, тобто до загибелі організму, вивчалася в екстремальних реальних умовах, або в експериментах над тваринами, що ускладнює отримання достовірних даних [7; 68; 76].

За своєю фізіологічною сутністю стрес виявляється в загальному адаптаційному синдромі як необхідна і корисна

Книги, які можуть вас зацікавити



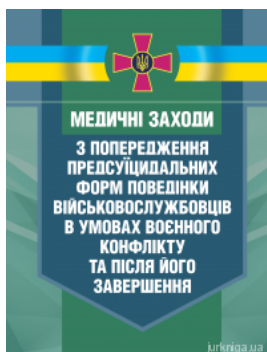
Памятка психологу для психологического сопровождения военнослужащих в экстремальных условиях



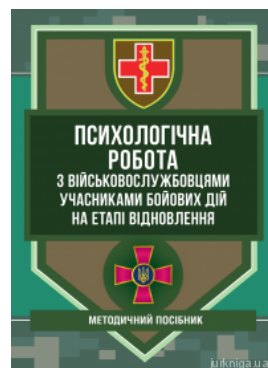
Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах



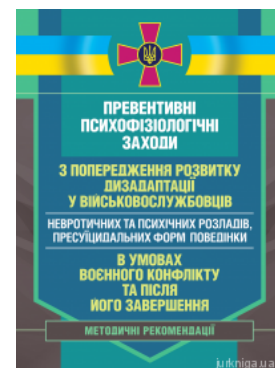
Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки



Медицинські заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення



Психологічна робота з військовослужбовцями -учасниками бойових дій на етапі відновлення



Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дезадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних...)

Перейти до галузі права
Військове право



[Перейти на сайт →](#)